Aus der Klinik von Prof. Dr. L. Fraenkel in Breslau.

Die Resultate der Ovariotomien bei gut- und bösartigen Ovarialtumoren, sowie Parovarialcysten.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Georg Braschke,

approb. Arzt.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Küstner.

Zu den wichtigsten Operationen auf gynäkologischem Gebiet zählt ohne Zweifel die Ovariotomie. Gehören doch die Eierstocksgeschwülste zu jenen Organerkrankungen, die fast ohne Ausnahme bald ärztliche und meist operative Behandlung erfordern. Die größte Mehrzahl dieser Geschwülste — ausgenommen die doppelseitigen Luteincystome bei Blasenmole und Chorionepitheliom, die sich nach Beobachtungen von L. Fraenkel und anderen wieder zurückbilden — gefährdet Gesundheit, ja Leben der Frauen sehr bald durch mehr oder weniger rasches Wachstum, Druck auf die Nachbarorgane, Stieldrehung, peritonitische, entzündliche Prozesse, Ascites oder durch regressive bezw. maligne Veränderungen im Tumor selbst.

Auf Grund unserer Kenntnis über die Histologie der Ovarialgeschwulst herrscht jetzt allgemein die Überzeugung, daß die meisten proliferierenden Cystome, sowie alle soliden und halbfesten Tumoren nur durch Exstirpation einer radikalen Heilung entgegengeführt werden können, weil sie allesamt nach ihrem Bau den malignen Geschwülsten mindestens nahestehen.

In meinem Bericht über 162 Ovariotomien — über 41 bei Dermoidzysten der Ovarien ausgeführte Ovariotomien hat bereits Ludewig berichtet (Inaug.-Diss. Breslau 1920) — bei Parovarialzysten und Ovarialtumoren waren von den Geschwülsten 134 gutartigen, 28 = 17,3% bösartigen Charakters. Von den gutartigen Ovarialtumoren waren 20 parovarieller, 114 ovarieller Natur mit teils serösem, teils pseudomucinösem Inhalt. In der Mehrzahl waren die Cystome mehrkammerig, besonders gilt dies für die pseudomucinösen Cystome. Ferner fand ich dreimal Fibrome, zweimal Fibromyome, dreimal Kombination von

Ovarialtumor mit Fibrom. 1 Ovarialtumor wies einen cystischen und einen dermoidalen Anteil auf. 5 Cystome zeigten papillären Charakter ohne nachweisbare Bösartigkeit. Unter den 28 bösartigen Tumoren befanden sich 20 Carcinome und zwar 11 mal einseitig, 9 mal doppelseitig. In einem Fall von doppelseitigen Eiterstocksgeschwülsten war nur der eine Tumor z. T. carcinomatös. Ein carcinomatöser Ovarialtumor war kombiniert mit einem cystomatösem und dermoidalen Anteil, ein anderer mit teratomatösen Bildungen. Ferner fand ich 5 Sarcome, darunter ein Riesenzellensarcom, doppelseitig und äußerst bösartig, 1 Papillom (doppelseitig), 1 Endotheliom (doppelseitig), 1 Peritheliom (einseitig). Bei 39 Fällen von Ovariotomia duplex wurde 8 mal die Ovarialresektion ausgeführt, um die Frauen nicht total zu kastrieren. Die jüngste Patientin, die zur Operation kam, war 16 Jahre alt, die älteste 69, die jüngste Patientin mit bösartiger Eiterstocksgeschwulst (Carcinom) 28 Jahr. Gutartige Ovarialtumoren schienen nach meiner Zusammenstellung das Alter von 20—30 Jahren zu bevorzugen, bösartige das von 40—50 Jahren. Nebenoperationen waren Ventrifixur 24 mal, Appendektomie 7 mal, supravaginale Amputatio uteri 4 mal, ferner Kolporrhaphie, Kolpoperineoplastik, Herniotomie. 6 mal wurde die vaginale Radikaloperation, 4 mal die vaginale Hysterektomie, mit der Tumorentfernung kombiniert.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle standen als Komplikationen der Ovariotomien an erster Stelle die Adhäsionen, dann Stieldrehung 27 mal = ca. 17 %, 3 mal Kombination mit Gravidität in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, die in keinem Falle durch die Operation gestört wurde. Ascites fand sich 8 mal bei gutartigen, 12 mal bei bösartigen Tumoren.

Die Anamnesen zeigten die mannigfachsten Angaben. Am häufigsten klagten die Kranken über Völle im Leibe, Stärkerwerden desselben, Schmerzen im Hypogastrium, wiederholt auch über Blasenbeschwerden und Obstipation. Menstruationsstörungen fanden sich nicht selten, besonders Hypermenorrhoeen.

Symptome, die für Bösartigkeit einer Geschwulst sprachen, waren: Doppelseitiges Auftreten, ausgedehnte Verwachsungen, Metastasen, Ascites, kachektisches Aussehen (facies ovarica), mitunter Amenorrhoe. Doch fand sich dieses oder jenes Symptom, wie besonders die Doppelseitigkeit der Geschwulst, auch bei

gutartigen Ovarialtumoren und fehlte wiederholt bei den bösartigen. Die Diagnose der Gut- oder Bösartigkeit war vor der Operation bisweilen recht schwierig und konnte mitunter erst nach der Operation durch die mikroskopische Untersuchung sichergestellt werden.

Die Rekonvaleszenz verlief in den meisten Fällen glatt, so daß die Patienten nach ca. 2—3 Wochen entlassen werden konnten. Ganz seltene Störungen waren kurzdauernde Harn- und Stuhlverhaltung, Ansammlung eines Exsudates im Douglas, 1 mal ein Douglasabszess, 4 mal ein Bauchdeckenabszeß. Postoperative Hernien wurden nicht notiert.

Von den 162 Ovariotomierten starben 10 Patienten, also ca. 6 %, darunter 3, die trotz Aussichtslosigkeit auf Erfolg und Heilung nur auf ihr eigenes Drängen hin operiert wurden. Bei diesen war der Ovarialtumor septisch infiziert. 3 Patienten starben an septischer Peritonitis, 1 an septischer Herzschwäche. Ferner erlag eine Patientin an Sepsis nach Darmresektion wegen gleichzeitigem Scirrhus recti. In einem Fall blieb die Todesursache ungeklärt. Im 10. Fall war Herzschwäche die Todesursache.

2 Patienten mit doppelseitiger Ovariotomie wegen Ca ovarii wurden bereits ein Jahr später rezidiv und der Strahlentherapie zugeführt.

Die primär geheilten Patienten, die kein Rezidiv bekamen, blieben bis zum Abschluß unserer Untersuchung gesund und arbeitsfähig.